

緩和治療日記

～ 継続版 ～

医療用麻薬を使用される方へ
痛みの日記をつけてみましょう



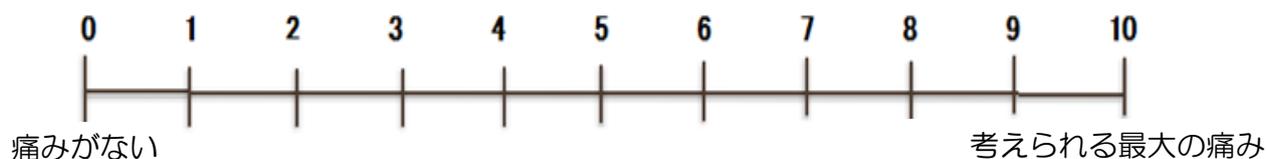
次回受診時にこの日記を担当医、かかりつけ薬局にお渡しください。

1, 緩和治療日記をつけてみましょう



① 痛みの強さを表現しましょう

痛みの推移を把握するために 0 から 10 までの数字で表現してみてください。だいたいの数字で大丈夫です。



- 全く痛みがない時を 0
- 考えられる最大の痛みを 10

として表に朝・昼・夕の数字に○をつけてください。

② 痛みの場所が複数ある場合は、色を変えてつけてみましょう

③ どの程度痛みがとれる事を目指しますか？

※あなた自身の目標をたてましょう。

診察時に日記をスタッフに見せてください。

次回受診時にこの日記を担当医、かかりつけ薬局にお渡しください。

● 緩和治療日記の記入例

使用されているお薬 : フェントステープ 1mg、オキノーム散 2.5mg

現在使用中の痛み止めを記入してください。

		4月 1日 月曜日			4月 2日 火曜日			4月 3日 水曜日			
		朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	
痛みの強さ	強い(最大)	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
	↑ ↓	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
		8	8	8	8	8	8	8	8	8	
		7	7	7	7	7	7	7	7	7	
		6	6	6	6	6	6	6	6	6	
		5	5	5	5	5	5	5	5	5	
		4	4	4	4	4	4	4	4	4	
		3	3	3	3	3	3	3	3	3	
		2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	弱い	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
なし	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
痛みの性状と頻度	ズーン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ズキズキ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	ジンジン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
使用状況	差し込む痛み	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	押さえて痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(所々チクチクする)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
定期的(いつも)	持続的(いつも)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	断続的(とぎれとぎれ)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	突発的(突然)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
使用状況	定期使用薬	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	レスキュー薬使用回数	正			正			T			
あなたの状態	吐き気	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	お通じ	下痢(水様性便)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		軟便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		普通(いつも通り)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		硬い	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
下剤の追加	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
日中の眠気	強い(眠くてつらい)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	少し	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
睡眠	眠れた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	寝つきが悪い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	何度も起きる	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	眠れない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
気がついたこと、変わったこと、気になること、医師へ伝えたいことなどお書き下さい。	以前より痛みは良くなってきているが、もう少し落ち着いて欲しい。特に動くとき。			レスキューを使うと動くときも少し楽。日中の眠気はないが、夜寝つきが悪い。何か薬があれば欲しい。			今日はレスキューを使う回数が2回ですんだ。もう少し日中の痛みが落ち着くといい。				

朝・昼・夕にこだわらず、自由に記入してください。

毎日、定期的を使用するお薬(ベース)の使用状況をチェックしてください。

追加薬(レスキュー)の使用回数を使うたびに、チェックしておきましょう。

気になる事があれば、書き留めて次回の診察などで相談してください。

次回受診時にこの日記を担当医、かかりつけ薬局にお渡してください。

使用されているお薬： _____

		月	日	曜日	月	日	曜日	月	日	曜日	
		朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	
痛みの強さ	強い(最大)	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
	↑ ↓	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
		8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
		7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
		6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	弱い	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
なし	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
痛みの性状と頻度		<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン			
		<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ			
		<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン			
		<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			
		<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			
		<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()			
		<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			
		<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			
		<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			
使用状況	定期使用薬	<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た <input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た <input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た <input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			
	レスキュー薬 使用回数										
あなたの状態	吐き気	<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			
		<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			
		<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い			
		<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回			
	お通じ	<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			
		<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便			
		<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			
		<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い			
	<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない				
	下剤の追加	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
日中の眠気	<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない				
	<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し				
	<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)				
睡眠	<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた				
	<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い				
	<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる				
	<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない				
気がついたこと、変わったこと、気になること、医師へ伝えたいことなどお書き下さい。											

医療スタッフから伝えたい内容がありましたら
右の余白欄へ記載して下さい。

月 日 曜日											
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン		
<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ		
<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン		
<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み		
<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い		
<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()		
<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)		
<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)		
<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)		
<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た		
<input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 使い忘れがあった		
<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない		
<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)		
<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い		
<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回		
<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)		
<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便		
<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)		
<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い		
<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない		
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない		
<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し		
<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)		
<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた		
<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い		
<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる		
<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない		

次回受診時にこの日記を担当医、かかりつけ薬局にお渡しください。

使用されているお薬：										
		月 日 曜日			月 日 曜日			月 日 曜日		
		朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
痛みの強さ	強い(最大)	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	↑ ↓	9	9	9	9	9	9	9	9	9
		8	8	8	8	8	8	8	8	8
		7	7	7	7	7	7	7	7	7
		6	6	6	6	6	6	6	6	6
		5	5	5	5	5	5	5	5	5
		4	4	4	4	4	4	4	4	4
		3	3	3	3	3	3	3	3	3
		2	2	2	2	2	2	2	2	2
	弱い	1	1	1	1	1	1	1	1	1
なし	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
痛みの性状と頻度		<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン		
		<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ		
		<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン		
		<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み		
		<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い		
		<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()		
		<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)		
		<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)		
		<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)		
使用状況	定期使用薬	<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た <input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た <input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た <input type="checkbox"/> 使い忘れがあった		
	レスキュー薬 使用回数									
あなたの状態	吐き気	<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない		
		<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)		
		<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い		
		<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回		
	お通じ	<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)		
		<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便		
		<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)		
		<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い		
		<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない		
	下剤の追加	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	日中の眠気	<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない		
		<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し		
		<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)		
睡眠	<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた			
	<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			
	<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる			
	<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない			
気がついたこと、変わったこと、気になること、医師へ伝えたいことなどお書き下さい。										

医療スタッフから伝えたい内容がありましたら
右の余白欄へ記載して下さい。

月 日 曜日											
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン		
<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ		
<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン		
<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み		
<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い		
<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()		
<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)		
<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)		
<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)		
<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た		
<input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 使い忘れがあった		
<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない		
<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)		
<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い		
<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回		
<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)		
<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便		
<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)		
<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い		
<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない		
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない		
<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し		
<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)		
<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた		
<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い		
<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる		
<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない		

次回受診時にこの日記を担当医、かかりつけ薬局にお渡しください。

使用されているお薬：										
		月 日 曜日			月 日 曜日			月 日 曜日		
		朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
痛みの強さ	強い(最大)	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	↑ ↓	9	9	9	9	9	9	9	9	9
		8	8	8	8	8	8	8	8	8
		7	7	7	7	7	7	7	7	7
		6	6	6	6	6	6	6	6	6
		5	5	5	5	5	5	5	5	5
		4	4	4	4	4	4	4	4	4
		3	3	3	3	3	3	3	3	3
		2	2	2	2	2	2	2	2	2
	弱い	1	1	1	1	1	1	1	1	1
なし	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
痛みの性状と頻度		<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン		
		<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ		
		<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン		
		<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み		
		<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い		
		<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()		
		<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)		
		<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)		
		<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)		
使用状況	定期使用薬	<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た <input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た <input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た <input type="checkbox"/> 使い忘れがあった		
	レスキュー薬 使用回数									
あなたの状態	吐き気	<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない		
		<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)		
		<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い		
		<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回		
	お通じ	<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)		
		<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便		
		<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)		
		<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い		
		<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない		
	下剤の追加	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
日中の眠気	<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			
	<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し			
	<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			
睡眠	<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた			
	<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			
	<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる			
	<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない			
気がついたこと、変わったこと、気になること、医師へ伝えたいことなどお書き下さい。										

次回受診時にこの日記を担当医、かかりつけ薬局にお渡しください。

使用されているお薬：

		月 日 曜日			月 日 曜日			月 日 曜日		
		朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
痛みの強さ	強い(最大)	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	↑ ↓	9	9	9	9	9	9	9	9	9
		8	8	8	8	8	8	8	8	8
		7	7	7	7	7	7	7	7	7
		6	6	6	6	6	6	6	6	6
		5	5	5	5	5	5	5	5	5
		4	4	4	4	4	4	4	4	4
		3	3	3	3	3	3	3	3	3
		2	2	2	2	2	2	2	2	2
	弱い	1	1	1	1	1	1	1	1	1
なし	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
痛みの性状と頻度		<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン		
		<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ		
		<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン		
		<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み		
		<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い		
		<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()		
		<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)		
		<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)		
		<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)		
使用状況	定期使用薬	<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た <input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た <input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た <input type="checkbox"/> 使い忘れがあった		
	レスキュー薬 使用回数									
あなたの状態	吐き気	<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない		
		<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)		
		<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い		
		<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回		
	お通じ	<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)		
		<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便		
		<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)		
		<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い		
		<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない		
	下剤の追加	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	日中の眠気	<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない		
		<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し		
		<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)		
睡眠	<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた			
	<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			
	<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる			
	<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない			
気がついたこと、変わったこと、気になること、医師へ伝えたいことなどお書き下さい。										

医療スタッフから伝えたい内容がありましたら
右の余白欄へ記載して下さい。

月 日 曜日											
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン			<input type="checkbox"/> ズーン		
<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ			<input type="checkbox"/> ズキズキ		
<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン			<input type="checkbox"/> ジンジン		
<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み			<input type="checkbox"/> 差し込む痛み		
<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い			<input type="checkbox"/> 押さえて痛い		
<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> ()		
<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)			<input type="checkbox"/> 持続的(いつも)		
<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)			<input type="checkbox"/> 断続的(とぎれとぎれ)		
<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)			<input type="checkbox"/> 突発的(突然)		
<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た			<input type="checkbox"/> 指示通り使用出来た		
<input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 使い忘れがあった			<input type="checkbox"/> 使い忘れがあった		
<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない		
<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)			<input type="checkbox"/> 少し(軽いむかつき)		
<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い			<input type="checkbox"/> 強い		
<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回			<input type="checkbox"/> 吐いた()回		
<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)			<input type="checkbox"/> 下痢(水様性便)		
<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便			<input type="checkbox"/> 軟便		
<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)			<input type="checkbox"/> 普通(いつも通り)		
<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い			<input type="checkbox"/> 硬い		
<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない			<input type="checkbox"/> 排便がない		
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない		
<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し			<input type="checkbox"/> 少し		
<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)			<input type="checkbox"/> 強い(眠くてつらい)		
<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた			<input type="checkbox"/> 眠れた		
<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い			<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い		
<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる			<input type="checkbox"/> 何度も起きる		
<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない			<input type="checkbox"/> 眠れない		

あなたの痛みの治療の目標について

- あなたの思いやしいことを記入しましょう

あなたの痛みの治療の希望について

- 担当医、薬剤師、看護師への希望を記入しましょう

あなたの痛みの治療について

- 担当医、薬剤師、看護師からの説明について整理してみましょう



覚え書き

ふりがな	
お名前	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
連絡先	



緊急連絡先

病院・往診医・施設

	病院名	電話番号	担当者
①			
②			

訪問看護ステーション・訪問介護ステーション

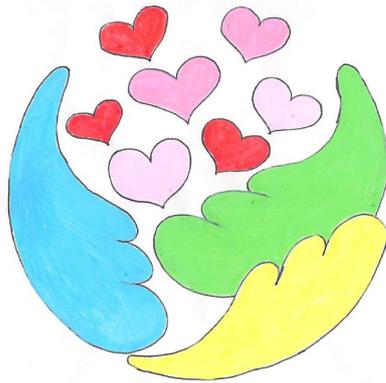


	ステーション名	電話番号	担当者
①			
②			

ご家族・親戚・その他



	名前	電話番号	続柄
①			
②			
③			



気になること、疑問に思うこと、更に詳しい情報がほしい
などありましたら、遠慮なく各科スタッフへお問い合わせ
ください。

発行元：広島市立広島市民病院 緩和ケア委員会